

Título: Hipoacusia infantil

Llega a nuestra consulta una madre angustiada porque dice que su hijo de 3 años no oye bien. Insiste en que continuamente pregunta “¿qué?”, y en que su otro hijo mayor no actuaba así cuando tenía 3 años.



¿Qué haremos?

El diagnóstico de la hipoacusia infantil cubre un amplio espectro de posibilidades, sin embargo primero hemos de descartar lo más frecuente.

¿Cuál es la principal causa de hipoacusia en la infancia?

No debemos olvidar que la principal causa de hipoacusia en los niños en edades preescolares es la otitis media seromucosa. Evidentemente es una hipoacusia de carácter de leve a moderado y adquirida.

Clasificación de la hipoacusia infantil

La podemos subdividir en función a dos características que son: el momento de aparición y el grado de la misma.

Según el momento de aparición podemos dividir la hipoacusia en:

1. **Hipoacusia prelingual.** La pérdida de audición surge de los 0 a los 2 años, cuando aún no se ha desarrollado el lenguaje.
2. **Hipoacusia perilingual.** La pérdida de audición se inicia entre los 2 y los 5 años.
3. **Hipoacusia postlingual.** La pérdida de audición se establece cuando ya existe un lenguaje consolidado.



Es evidente que cuanto más precoz sea la pérdida auditiva mayor será su repercusión. Así las hipoacusias más graves son las que aparecen antes de los dos años de edad. Esto es así porque aún no se han establecido las adquisiciones indispensables para el desarrollo del lenguaje.

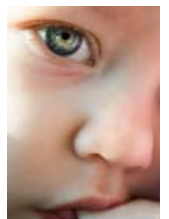
¿Qué debemos preguntar?

La anamnesis ha de encaminarse a buscar causas, síntomas y signos de esta patología, como:

1. ¿Presenta el niño con frecuencia cuadros infecciosos respiratorios de vías altas?
2. ¿Suele presentar rinorrea e insuficiencia respiratoria nasal?
3. ¿Es un respirador oral?
4. ¿Ronca habitualmente?
5. ¿Se queja el niño con frecuencia de dolor o taponamiento de oídos?

A continuación realizaremos una exploración completa ORL, que evidenciará lo siguiente:

1. Facies adenoidea.
2. Rinorrea nasal abundante.
3. Rinorrea posterior a la exploración de la orofaringe.
4. Y lo más importante la apariencia de mucosidad retrotimpánica a la otoscopia.

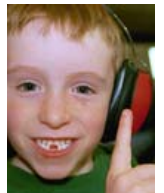


Anamnesis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del paciente. 2. Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo. • Rinofaringitis y otitis de repetición. 3. Antecedentes familiares: <ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia familiar. • Consanguinidad entre los padres. 4. Antecedentes referidos a la maduración: <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna o artificial. • Reflejo de succión. • Maduración motora. 5. Motivo de consulta: sospecha de hipoacusia por los padres, pediatras, profesores, etc. 6. Descripción de la hipoacusia: cuándo se inició, forma de evolución, síntomas asociados, etc. 7. Signos indirectos de hipoacusia.
Exploración física	1. Exploración ORL general: otoscopia .
Exploraciones audiológicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pruebas objetivas: OEA, PEATC, productos de distorsión, potenciales evocados de estado estable, impedanciometría y reflejo estapedial. 2. Pruebas subjetivas: audiometría adaptada a -la edad.
Estudio radiológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radiología simple. 2. CT oídos. 3. RM.
Pruebas de laboratorio	Patología infecciosa, ototóxicos, estudio de metabolopatías, estudio genético, etc.
Otras evaluaciones	Genética, neurológica, oftalmológica, cardíaca, foniátrica, logopédica, psicológica.

¿Qué exploraciones complementarias podemos solicitar?

Son de utilidad las siguientes:

1. Radiografía lateral del cavum, a fin de descartar una hipertrofia adenoidea como causa de la clínica.
2. Otras pruebas como timpanometría o audiometría suelen quedar relegadas al especialista.
3. también corresponde al especialista la realización de una nasofibroscofia flexible que permite visualizar directamente la hipertrofia adenoidea.



Tipo de pruebas	Pruebas	Edad
Respuesta no condicionada al sonido	<u>Audiometría de observación de la conducta</u> . El recién nacido posee un umbral auditivo por encima de los 40-50 dB. Se evalúa la respuesta del niño al estímulo sonoro emitido mediante distintos elementos sonoros, como instrumentos o juguetes sonoros calibrados o audiómetros pediátricos portátiles. Entre estas están: <ul style="list-style-type: none"> • Reflejo respiratorio • Reflejo cócleo-palpebral • Reflejo de movimiento • Reflejo de llanto • Reflejo de sorpresa 	0-6 meses
Respuesta condicionada al sonido	<u>Reflejo de orientación condicionada</u> . Se condiciona al niño ante el sonido, a través de un estímulo visual que debe localizar. Una vez que se ha conseguido el condicionamiento a sonido, se van variando las frecuencias e intensidades del mismo.	5-6 meses a 18 meses
	<u>Audiometría por refuerzo visual</u> . Es una modificación del anterior. El estímulo acústico se presentará primero en campo libre, después con el vibrador de vía ósea, y por último con auriculares.	5-24 meses

	<u>Audiometría condicionada de refuerzo operante visual.</u> Se utiliza un refuerzo motor, más atractivo para niños de más de 18 meses. Es el conocido “peep-show”, en el cual se instruye al niño para que cuando oiga el sonido, pulse un botón. Al hacerlo obtiene como recompensa la activación de un juguete eléctrico o la proyección de unos dibujos.	De 18-24 meses hasta los 3-4 años
	<u>Audiometría lúdica.</u> Se entrena al niño para responder a un estímulo sonoro mientras realiza un juego. Así cuando el niño escucha el sonido ha de realizar una acción, como apilar cubos, introducir un juguete en una caja, etc.	De los 3 hasta los 8 años
Otras	<u>Audiometría tonal liminar.</u> <u>Audiometría verbal.</u> Existen modificaciones de esta como la audiometría verbal infantil de Göttingen en la que se utilizan dibujos cuyo nombre contiene la vocal que se articula.	Niños mayores de 3-4 años

En estas pruebas observaremos:

1. Hipertrofia adenoidea tanto en la radiografía lateral de cavum, como en la nasofibroscofia flexible.
2. Curvas aplanadas en la timpanometría, y una hipoacusia transmisiva en la audiometría tonal.

Una vez diagnosticado el cuadro:

- Tranquilizaremos a la madre, y le informaremos del carácter leve y reversible de la patología de su hijo.
- Instauraremos tratamiento farmacológico adecuado al niño.
- Sólo en caso de que pese al tratamiento adecuado persistiera la sintomatología remitiremos al ORL.



Criterios de derivación al especialista ORL.

Criterios de derivación al especialista en Otorrinolaringología

1. Como ya se ha mencionado son los padres de los niños quienes más directamente observan la evolución de sus hijos. Por ello nunca debemos desoír sus temores, pudiendo ser su valoración el único motivo de remisión a ORL.
 2. La presencia de solo 1 de los factores de riesgo para el desarrollo de hipoacusia (enumerados en los anexos) ha de ser motivo de estudio especializado.
 3. La ausencia de un desarrollo acorde con la edad del niño, tanto en el área del lenguaje como en otras como la motriz, etc, también requerirá un estudio ampliado por el otorrinolaringólogo.
-